

Información del niño (3-13 años)

Paciente Nuevo Bienvenido A Nuestra Oficina Quiropráctica

-Descubriendo lo mejor que hay en ti

Nombre del niño _____ Fecha _____

Nombre de los padres

Nombre y edad de los hermanos

Dirección _____ Ciudad _____

Fecha de nacimiento ____ d/ ____ m/ ____ a/ Género: Masculino Femenino

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono móvil _____

¿A quién tenemos que dar las gracias por haberle referido? _____

Marque la frase que mejor representa la razón para cuidar de su hijo:

Bienestar Prevención Sentirse bien Sintomatología

¿Ha ido su hijo alguna vez al quiropráctico? Sí No ¿Fecha de la última visita?:

Salud

Por favor, haga una lista de los problemas de salud en concordancia con el grado de severidad:

Problema	Grado de severidad 1= suave 10=peor	¿Cuándo empezó? ¿Cuánto duró?	ha tenido antes un problema, ¿cuándo?	¿ El problema empezó con una lesión?	¿En qué % de tiempo el dolor está presente?
1.					
2.					
3.					
4.					

Historial de infancia

ESTRÉS FÍSICO

¿Tiene el niño una posición preferida para dormir? Sí No

¿Caídas por la escalera, bicicleta, etc? Sí No

¿Se golpeaba repetidamente en la cabeza? Sí No

¿Golpes, morados, fracturas, puntos? Sí No

¿Hospitalización o cirugía? Sí No

Escriba todas las intervenciones que haya tenido su hijo:

1. Tipo _____ Cuándo _____ Médico _____

2. Tipo _____ Cuándo _____ Médico _____

Por favor, indique accidentes o lesiones: coche, deporte u otras (especialmente relacionados con el actual problema de su hijo)

1. Tipo _____ Cuándo _____ ¿Hospitalizado? Sí No

2. Tipo _____ Cuándo _____ ¿Hospitalizado? Sí No

3. Tipo _____ Cuándo _____ ¿Hospitalizado? Sí No

¿Su hijo hace deporte? Sí No _____

¿Cuántas horas por semana? _____

¿Utiliza mochila para ir a la escuela? Sí No ¿Peso de la mochila? _____ kg

Media de horas por semana que pasa frente al ordenador/TV/vídeo juegos? _____ horas

¿Usa lentes o gafas? Sí No _____

¿Tiene su hijo problemas para leer la pizarra? Sí No _____

¿Tiene su hijo dificultad de coordinación? Sí No _____

ESTRÉS QUÍMICO

¿Tiene su hijo intolerancias a alimentos? Sí No _____

¿Tiene su hijo alergias a alimentos? Sí No _____

¿Qué bebe regularmente? _____

El tipo de dieta que su hijo sigue habitualmente se clasifica como: _____

Por favor, marque la selección dietética apropiada para su hijo según la siguiente escala:

Diariamente**D** - Consumo diario**PD** - Consumo pocas veces al día**Mensualmente****M** - Consumo mensual**PM** - Consumo pocas veces al mes**Semanalmente****S** - Consumo semanalmente**PS** - Consumo pocas veces a la semana**Nunca****N** - Nunca lo consume

Huevos		Comida rápida		Fruta	
Pescado		Comida de régimen		Comida orgánica	
Café		Carne		Dieta de control de peso	
Soda		aves de corral		Vegetales crudos	
Fritos		Marisco		Vegetales cocinados	
Azúcar refinado		Productos lácteos		Vegetales enlatados o congelados	

¿Su hijo va al servicio diariamente? Sí No _____

¿Tiene erupciones en la piel? Sí No _____

¿Hay mascotas en casa? Sí No _____

¿Hay fumadores en casa? Sí No _____

ESTRÉS EMOCIONAL

Pesadillas nocturnas, sonambulismo, dificultad para dormir Sí No

Considera que su hijo duerme bien? Sí No

Calidad del sueño Bueno Normal Pobre Número de horas _____

¿Problemas de comportamiento? Sí No _____

¿Cree que el desarrollo social y emocional es normal por la edad? Sí No

¿Va su hijo a la guardería? Sí No ¿Desde qué edad? _____

HISTORIAL FAMILIAR

Describa cualquier historial médico familiar por parte de la madre: (ej: cáncer, diabetes, etc)

Por parte del padre:

¿Tienen los hermanos algún problema de salud? Sí No

Si sí, por favor, descríbalos: _____